

MEMORIA DEL PROYECTO

Justificación

El concepto de *Triple Aim*, formulado por *Berwick, Nolan y Whittington* en 2008 y posteriormente adoptado por el *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, establece que los resultados de las organizaciones sanitarias no pueden ser evaluados exclusivamente en términos de efectividad clínica (mejora de la Salud de la Población) y eficiencia en la gestión de los recursos económicos, sino que deben incorporar la Experiencia del Paciente. En EEUU la Experiencia Paciente se ha convertido en una prioridad estratégica de las instituciones sanitarias, como elemento de prestigio, factor competitivo y, más recientemente, como incentivo económico. Sin embargo, en nuestro medio todavía es una disciplina emergente.

El Servicio de Urgencias hospitalario (SUH) representa muy a menudo el primer punto de contacto del paciente con una organización sanitaria y por lo tanto constituye una oportunidad única para ofrecerle una primera experiencia positiva. Muchos estudios demuestran que la Experiencia del Paciente se asocia positivamente con los resultados en Salud, en términos de eficacia clínica, así como con la Seguridad del Paciente. Un paciente que ha vivido una experiencia satisfactoria tendrá mejor adherencia al tratamiento, más capacidad de autocuidado ("*self-efficacy*"), menos eventos adversos y utilizará mejor los recursos sanitarios disponibles a su alcance. Por otra parte, la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida se ha relacionado con el nivel de satisfacción laboral de los profesionales; por lo tanto, una buena Experiencia del paciente podría actuar como un factor protector frente a las elevadas tasas de síndrome de *burnout* en el personal de los SUH. En definitiva, es imprescindible que los líderes de las organizaciones sanitarias diseñen planes estratégicos para mejorar la Experiencia del Paciente en los SUH de sus instituciones.

Debemos tener presente que las características intrínsecas al modelo de atención urgente y al entorno de los SUH (ausencia de relación previa entre el paciente y los profesionales que le atienden, tiempos de espera impredecibles,

hacinamiento en picos de demanda asistencial, interacciones cortas e intensas con poco espacio para profundizar en necesidades emocionales y/o sociales, privacidad limitada...) los convierten en un área crítica para la Experiencia del Paciente. Aunque los tiempos de espera se citan a menudo como un factor determinante de la Experiencia del Paciente en el SUH, la literatura reciente sugiere que los elementos clave para una Experiencia positiva son la calidad de la comunicación entre los profesionales y el paciente, la percepción de los pacientes de la empatía, la compasión y la competencia técnica del personal, así como la calidad del tratamiento del dolor. En el caso particular de los SUH Pediátricos, algunos estudios realizados en nuestro medio apuntan como principales condicionantes de la Experiencia del Paciente: el tiempo de espera (no sólo su duración, sino también la información recibida durante la espera y las opciones de entretenimiento disponibles en ese periodo de tiempo), la intimidad, el tratamiento del dolor y la información acerca del diagnóstico y el tratamiento. El reto de mejorar la Experiencia del Paciente requiere la implantación de estrategias de mejora de la calidad basadas en un espíritu de humanización de la asistencia sanitaria, centradas en el núcleo paciente-familia y dirigidas a mejorar sus percepciones de sus interacciones con el equipo de profesionales que le está prestando asistencia. Dichas estrategias, deben estar alineadas con los objetivos institucionales e integrarse en la práctica clínica diaria con un enfoque multidisciplinar, adaptándose a cada escenario clínico particular.

Desde el año 2015 nuestra unidad de Urgencias Pediátricas (UP) trabaja en un modelo integrado de Gestión de Calidad y Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente, certificado según las Normas ISO 9001:2015 y UNE 179003, que cambió nuestra cultura y nuestra forma de trabajar. Aunque siempre hemos tenido muy presente la Humanización y la “Medicina centrada en el paciente y su familia”, cuando nos paramos a reflexionar nos dimos cuenta de que, en realidad, nuestro modelo se asemejaba más al de una “*Medicina Ilustrada*”: “Todo por el paciente y para el paciente, pero SIN el paciente”. Consideramos que era necesario dar un paso más allá e integrar a los pacientes y a sus familias en el rediseño de nuestros procesos.

La transferencia de información en el cambio de turno es un punto crítico para la Experiencia del Paciente, así como para su Seguridad durante el proceso asistencial. Dadas las particularidades de los SUH (alto recambio de pacientes,

necesidad de rapidez en el trabajo, situaciones estresantes...) la efectividad de la comunicación en el cambio de turno se puede ver comprometida. Cuando abordamos el rediseño de este proceso en la Urgencia Pediátrica, nos planteamos la necesidad de aplicar los frutos de nuestras reflexiones e incorporar al paciente-familia en este momento clave de su itinerario asistencial. La “información y comunicación con el paciente/familia”, la “consideración del punto de vista del paciente/familia” y la “coordinación y gestión de las transiciones asistenciales” (“continuidad asistencial”) son tres de los principios fundamentales de la Atención centrada en las personas formulados por Picker en 1988 y se consideran dimensiones básicas en la Experiencia del Paciente. Así pues, una comunicación directa y frecuente del personal sanitario con la familia se relaciona con una mayor satisfacción de la misma y su integración en la actividad clínica contribuye a disminuir el estrés y la ansiedad.

Planificación y/o cronograma, enfoque.

En este contexto, el “pase a pie de cama” se presenta como una estrategia **enfocada a un doble objetivo:**

- Mejorar la Experiencia del paciente/familia durante el cambio de turno.
- Mejorar la Seguridad del Paciente en la transferencia de información clínica en el cambio de turno, minimizando el riesgo de incidentes/eventos adversos relacionados con problemas de comunicación.

Este modelo de transferencia de información en el cambio de turno se basa en la comunicación multidisciplinar estructurada, con la participación de los profesionales sanitarios implicados en el cuidado del paciente (médicos adjuntos y residentes, enfermeras y técnicos auxiliares de cuidados de enfermería [TCAE]) y la incorporación del propio paciente y sus padres/cuidadores, que se integran en el proceso invitándoles a participar activamente aportando información, corrigiendo si detectan error y/o planteando dudas, de forma que el paciente-familia se convierten en sujeto activo de su proceso asistencial y además, pueden actuar como un elemento de seguridad, verificando in situ que la información que se transmite en el cambio de turno sea correcta y completa.

La implantación del “Pase a pie de cama” se incluyó en el **Plan de Objetivos para la mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente de la Unidad de UP de 2021**, estableciendo un **cronograma** de acciones concretas para la consecución de dicho objetivo con responsables y plazos:

ACCIONES	RESPONSABLES	PLAZOS
Elaboración del nuevo procedimiento de transferencia de información en el cambio de turno “Pase a pie de cama”	Responsables de Calidad y Humanización de UP	Abril 2021
Consulta al Comité de ética asistencial y ajustes del documento si procede	Responsables de Calidad y Humanización de UP	Abril 2021
Aprobación del procedimiento	Responsables UP (Coordinadora médica y Jefa unidad de enfermería)	Abril 2021
Difusión del procedimiento a los profesionales	Responsables de Calidad y Humanización	Mayo 2021
Diseño del proyecto de investigación	Responsables de Calidad, Humanización e investigación de UP	Junio 2021
Solicitud aprobación Comité ética investigación (CEIm)	Responsables del proyecto de investigación	Septiembre 2021
Fase pre-implantación (encuestas pre-implantación)	Responsables del proyecto de investigación	Oct-Nov 2021
Implantación “Pase a pie de cama” (pilotaje cambio de turno mañana-tarde)	Responsables de Calidad y Humanización de UP Profesionales de UP (que realizan el “pase a pie de cama”)	Noviembre 2021
Fase post-implantación (encuestas post-implantación)	Responsables del proyecto de investigación	Ene-Feb 2022
Análisis de resultados	Responsables del proyecto de investigación	Febrero 2022
Feed-back de resultados a los profesionales	Responsables del proyecto de investigación Responsables de Calidad y Humanización de UP	Mar-Abr 2022
Consolidación del “Pase a pie de cama” (ampliación a otros cambios de turno)	Responsables UP (Coordinadora médica y Jefa unidad de enfermería)	Junio 2022

Con el fin de analizar el impacto del “Pase a pie de cama” en la Experiencia del paciente/familia, se diseñó un estudio de investigación cuyo objetivo principal fue conocer y comparar las percepciones de las familias antes y después de la implantación de este nuevo modelo de transferencia de información en el cambio de turno, en relación a las siguientes dimensiones de la Experiencia Paciente:

- La comunicación/información que reciben de los profesionales
- Su participación en el proceso asistencial
- La continuidad en la atención de sus hijos/-as

El nuevo procedimiento de “*Transferencia de información clínica en el cambio de turno con incorporación del paciente y su familia: Pase a pie de cama*” recogido en el documento IT-TCT-01, fue sometido a la consideración del Comité de ética

asistencial de la institución con una evaluación favorable. Posteriormente fue aprobado por las responsables de la Unidad de UP (Coordinadora médica y Jefa de Unidad de enfermería), quedando dicho procedimiento integrado en el conjunto de documentación controlada del sistema de gestión de calidad.

Asimismo, el protocolo del estudio de investigación diseñado para evaluar el impacto del proyecto en la Experiencia del paciente/familia fue aprobado por el Comité de Ética para la investigación de la institución. Todos los encuestados que participaron en el estudio recibieron una “Hoja de información” detallando los objetivos de la investigación, una descripción general del proyecto, el carácter totalmente voluntario de su participación y el manejo confidencial de los datos, así como de sus derechos de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento 2016/679), siendo un requisito imprescindible para la participación en el estudio la firma del consentimiento informado. Los familiares que respondieron a la encuesta no recibieron ninguna recompensa por su participación en el estudio.

Desarrollo y ejecución. Despliegue.

El despliegue del “Pase a pie de cama” se planteó en paralelo al desarrollo de un estudio de investigación enfocado a analizar el impacto de su implantación. Se diseñó un estudio observacional, analítico y unicéntrico.

Población de estudio

Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes ubicados en el área de Observación, a cargo de Pediatría en el momento del cambio de turno del personal sanitario.

Criterios de exclusión:

- Familiares de pacientes ubicados en el área de Observación a cargo de otras especialidades distintas de Pediatría.
- Familiares que no firmen el consentimiento informado.
- Familiares que ya hubiesen sido incluidos en esa fase del estudio.
- Familiares con barrera idiomática (dificultad para comprender y rellenar la encuesta)

Desarrollo del proyecto de investigación

El proyecto se desarrolla en 3 fases:

1. Fase pre-implantación:

- ❖ La transferencia de información en el cambio de turno se realiza según el modelo “tradicional”, cuyas características son:
 - Transferencia de información estructurada utilizando la herramienta *SBAR* (“*Situation – Background – Assessment - Recommendations*”)
 - Comunicación en paralelo entre las distintas categorías profesionales, sin compartir información: médico-médico, enfermero-enfermero, TCAE – TCAE.
 - No participación del paciente ni de la familia.
- ❖ Se despliega la encuesta pre-implantación (se describirá en el siguiente apartado).

2. Fase de implantación:

- ❖ Se realizan sesiones de presentación-difusión del nuevo procedimiento a los profesionales de la unidad de UP.
- ❖ Durante un periodo de 1 mes se realiza la implantación piloto del nuevo modelo de transferencia de información (“Pase a pie de cama”), en el cambio de turno mañana-tarde. Se caracteriza por:
 - Transferencia de información estructurada (herramienta *SBAR*).
 - Transferencia de información en equipo multidisciplinar, con participación de todas las categorías de profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente (médicos adjuntos y residentes, enfermeros y TCAEs)
 - Incorporación del paciente y su familia, a los cuales se invita a participar activamente realizando aportaciones, correcciones si detectan errores y/o preguntando dudas.

3. Fase post-implantación:

- ❖ La transferencia de información en el cambio de turno se realiza según el nuevo modelo “Pase a pie de cama”, con las características descritas.
- ❖ Se despliega la encuesta post-implantación (se describe en el siguiente apartado).

Diseño de la encuesta

Ante la ausencia de una encuesta validada para dar respuesta a los objetivos específicos del estudio se diseñó una encuesta *ad hoc* (Anexo 1) compuesta por 7 ítems tomados de la encuesta multidimensional de Experiencia Paciente CAHPS® (*Consumer Assessments of Healthcare Providers and Systems*), diseñada por la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) de EEUU, en sus versiones adaptadas para Hospitales Pediátricos y para Departamentos de Emergencias, 7 ítems para explorar específicamente las percepciones de los encuestados en relación al cambio de turno y 4 ítems para definir el perfil de los encuestados. Mediante la encuesta se exploraban las tres dimensiones de la Experiencia del Paciente definidas en los objetivos del estudio: información recibida (preguntas 1-5 y 8), participación (preguntas 6, 7, 9 y 10) y continuidad asistencial (preguntas 11-14). Las respuestas a las preguntas se elaboraron en dos formatos: Sí/No, y respuestas graduadas en escala de Likert.

Se realizó un pilotaje previo de la encuesta clarificando la redacción de algunas preguntas.

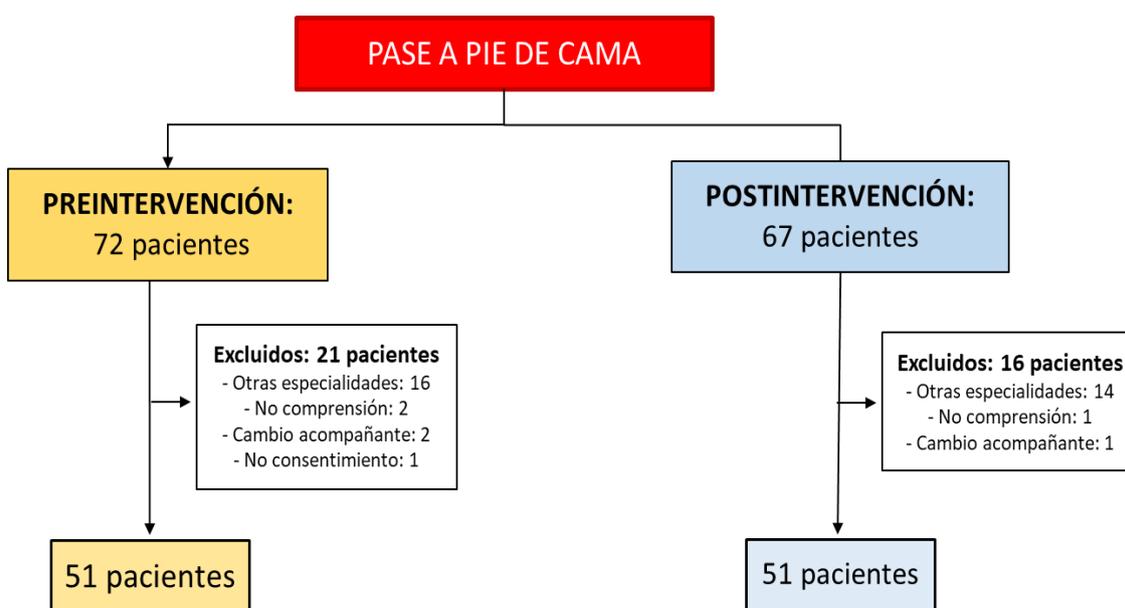
Indicadores de evaluación para el análisis de resultados

La variable principal de eficacia de la implantación del “Pase a pie de cama” fue analizar la diferencia de respuestas positivas obtenidas en las encuestas recogidas en las fases pre- y post-implantación del estudio. Para analizar y unificar los resultados de las respuestas expresadas en varios formatos, se agruparon las respuestas en positivas (“sí, en todo momento/sí, parcialmente”; “siempre/casi siempre”; “de acuerdo/muy de acuerdo”) y negativas (“no”, “nunca/algunas veces”, “indiferente/en desacuerdo/muy en desacuerdo”). Para el análisis de las diferencias de las puntuaciones positivas, se utilizaron pruebas de contraste de hipótesis (U de Mann Whitney para muestras independientes), mediante el programa estadístico SPSS. Se estableció la significación estadística en $p < 0,05$ y la tendencia a la significación estadística en $p < 0,1$.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 102 encuestas: 51 en la fase pre-implantación y 51 en la fase post-implantación (Figura 1).

Figura 1. Flujograma.



No se encontraron diferencias en el perfil de los encuestados de los grupos pre- y post-implantación (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil de los encuestados

		Pre-intervención N= 51 (%)	Post-intervención N= 51 (%)	p
Parentesco	Madre	34 (67)	38 (74)	p 0,82
Edad	<25 años	2 (3)	3 (6)	p 0,26
	25 – 35 años	17 (33)	12 (23)	
	35 – 45 años	18 (35)	29 (57)	
	45 – 60 años	12 (23)	6 (11)	
	>60 años	0	1 (2)	
Nivel de estudios	Primaria	0	3 (6)	p 0,93
	Secundaria	15 (30)	13 (25)	
	Formación profesional	14 (27)	13 (25)	
	Estudios universitarios	20 (39)	21 (41)	
Hijo/a con patología crónica	Sí	11 (21)	12 (23)	p 0,9

Resultados por objetivos

Comunicación / Información recibida de los profesionales

La implantación del “pase a pie de cama” mejoró la percepción de las familias acerca de la información recibida y la claridad de la misma (Tabla 2), así como su percepción en cuanto a la identificación de los profesionales que les habían atendido (presentación con nombre y puesto de trabajo: 49% vs 84%, $p < 0.01$).

Tabla 2. Resultados dimensión comunicación/información recibida

	Pre-intervención N= 51 (%)	Post-intervención N= 51 (%)	p
Informados del plan a seguir	30 (59)	43 (84)	<0.05
Explicación fácil de entender	45 (88)	50 (98)	0.03
Información adecuada pruebas complementarias	44 (86)	47 (92)	0.14
Información adecuada medicación administrada	39 (77)	48 (95)	0.06
Información del cambio de turno	14 (28)	44 (86)	<0.01

Participación en el proceso asistencial

El 94,1% de los encuestados de la fase pre-intervención afirmaron que les habría gustado participar en la transferencia de información en el cambio de turno.

Los familiares que fueron integrados en el “pase a pie de cama” (encuestas post-intervención) tuvieron una mejor percepción de la frecuencia con la que los profesionales les habían animado a realizar preguntas (82% vs 46%, $p < 0.01$).

Por último, el porcentaje de familiares que consideraron que el “Pase a pie de cama” podía afectar a la intimidad de su hijo/a fue del 17,6% en la fase pre-intervención, reduciéndose al 11,8% en la fase post-intervención ($p 0,57$).

Tabla 3. Resultados dimensión participación

	Pre-intervención N= 51 (%)	Post-intervención N= 51 (%)	p
Escuchados atentamente	45 (88.2)	49 (96)	0.74
Animados a hacer preguntas	23 (46)	42 (82.3)	<0.01

Continuidad asistencial

En la dimensión de continuidad asistencial, la implantación del “pase a pie de cama” mejoró la experiencia de las familias en todos los aspectos explorados.

Tabla 3. Resultados dimensión continuidad asistencial

	Pre-intervención N= 51 (%)	Post-intervención N= 51 (%)	p
Identificación del profesional responsable	25 (49)	45 (88)	<0.01
Profesionales bien informados	33 (65)	44 (86)	0.02
Sensación de continuidad	33 (65)	44 (86)	0.02
Sensación de desorganización	13 (25)	3 (6)	0.01

Evaluación y revisión

El seguimiento periódico del ***Plan de Objetivos para la mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente de la Unidad de UP de 2021***, permitió la monitorización de la evolución del desarrollo del proyecto. En la evaluación anual del cumplimiento de dichos objetivos y, en base a los resultados presentados, se consideró que la implantación del “Pase a pie de cama” como modelo de transferencia de información durante el cambio de turno, ha sido una herramienta útil para mejorar la percepción de las familias en relación a la comunicación con los profesionales, la información recibida durante su estancia en UP, su participación en el proceso asistencial y la sensación de continuidad en la atención de su hijo/a.

Carácter innovador

Desde nuestro conocimiento, este es el primer trabajo multidisciplinar que integra en el cambio de turno simultáneamente a todas las categorías de profesionales sanitarios implicados en el cuidado del paciente y cuyos resultados están centrados en el impacto de la intervención en la Experiencia de las familias.

Divulgación

Este proyecto ha sido presentado como comunicación larga en la XXVI Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas celebrada en Pamplona, del 16 al 18 de junio de 2022 y en la I Jornada de Humanización del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, celebrada el 16 de Noviembre de 2022.

Por otra parte, se está terminando su revisión como artículo científico y está pendiente de ser sometido a la evaluación del Comité editorial de una revista científica de ámbito internacional para su publicación.

Nivel de aplicabilidad

Actualmente el “pase a pie de cama” se ha consolidado como modelo de transferencia de información clínica en los cambios de turno noche-mañana y mañana-tarde y los profesionales lo han integrado como un procedimiento rutinario más en su práctica diaria.

Consideramos que el “pase a pie de cama”, como modelo de transferencia de información clínica en el cambio de turno integrando al paciente-familia, es una estrategia coste-efectiva, fácilmente exportable no sólo a otras unidades de Urgencias (tanto Pediátricas como Generales), sino también a otro tipo de unidades clínicas como Hospitales de Día, plantas de hospitalización...